

Slutrapport: Integrering av IPS i psykosvården, Stockholms stad, Stockholms Norra och Södra Psykiatri

Suzanne Johanson och Ulrika Bejerholm

Psykisk hälsa, aktivitet och delaktighet/
Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser (CEPI)
Institutionen för hälsovetenskaper
Lunds universitet

Lund den 8 april 2022



LUNDS
UNIVERSITET



Center for Evidence-based Psychosocial Interventions

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund och tidigare forskning	4
Syfte	6
Kontext.....	7
Datainsamling	7
Dataanalys	8
Resultat	10
Arbete, studier, praktik	10
Hälsomått	10
Programtrohet	12
Implementeringsperspektiv	12
Faktorer på organisationsnivå.....	13
Faktorer på utförar- eller teamnivå	15
Diskussion	16
Programtrohet	17
Personlig återhämtning.....	18
Politiska beslut och strategier för lokal finansiering	18
Referenser	19
Bilaga 1	

Sammanfattning

Denna slutrapport avser att belysa några av de frågeområden som rör utfall av arbete/studier samt hälsoaspekter på individnivå för personer som deltagit i "IPS integrerat i psykosvården". Rapporten avser även att belysa implementeringsfaktorer och programtrohet. Stockholms stad är projektägare och samarbetar med Psykiatri Södra Stockholm och Psykiatri Norra Stockholm tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen. Utvärderingen görs på uppdrag av Samordningsförbundet i Stockholm. IPS står för Individual Placement and Support, och är en manualbaserad modell för stöd till arbete för personer med schizofreni eller psykos-sjukdom. Modellen är evidensbaserad både i Sverige och internationellt och det finns 28 randomiserade studier idag (Burns, Catty, Becker et al., 2007, Bond, Drake, & Becker, 2008, Bejerholm, Areberg, Hofgren et al., 2015). Ett amerikanskt såväl som ett europeiskt lärande samarbete har gjort detta möjligt (Becker, 2014). IPS ingår i de Nationella riktlinjerna för stöd till personer med schizofreni sedan 2011, vilka uppdaterades 2018 (Socialstyrelsen, 2018).

Rekryteringen av deltagare i projektet startade i april 2019, och utvärderingens datainsamling startade samma år i oktober och avslutades i november 2021. Projektet har fått finansiering förlängd av Samordningsförbundet i Stockholm t.o.m. december 2022 på grund av pandemin. Totalt har projektet rekryterat 153 personer från psykosmottagningarna, vilka har fått stöd enligt IPS. Av dessa 153 personer har 27% kommit ut i arbete, 12% har börjat studera och 48% har påbörjat en praktikperiod någon gång under uppföljningsperioden. Uppföljning av hälsoaspekter har varit problematiskt att genomföra p.g.a. stort bortfall. Trots det pekar skattningarna av hälsa i positiv riktning liksom det finns positiva tendenser vad gäller personlig återhämtning. Livskvalitet skattas ungefär lika vid uppföljningen som vid baslinjen medan det finns utvecklingsmöjligheter vad gäller att ge stöd för personlig återhämtning från personalens sida.

Implementeringsarbetet med att införa arbetsspecialister på psykosmottagningarna har varit en process som sett lite olika ut beroende på mottagning (kontext). Att fokusera på arbete och återhämtning kan vara en utmaning i en kontext där ett behandlingsperspektiv är det vanliga. Till stor del har processen utvecklats i positiv riktning där både arbetsspecialister och personal på mottagningarna har haft ett kunskapsutbyte med varandra och börjat etablera ett fungerande teamarbete. Att integrera IPS i det dagliga arbetet är en kritisk implementeringsfaktor. Det här arbetet behöver fortsätta för att stärka samarbetet och förståelsen för varandras perspektiv med syftet att fortsätta att utveckla ett personcentrerat stöd för personer med psykos och möjliggöra att de får stöd till arbete.

Programtroheten har utvärderats var 6:e månad under projektet och har utvecklats i positiv riktning. Det finns fortsatt utvecklingspotential för att nå målet om noll exklusion, det vill säga att alla som vill börja arbeta ska få individuellt stöd för det. Det går även att utveckla arbetet med att bygga nätverk av arbetsgivare och inte minst behöver samarbetet med Arbetsförmedlingen förbättras, särskilt i anslutning till det gemensamma personcentrerade arbetet. Det har varit en utmaning för projektet och även för arbetsspecialisterna (AS) att samarbetet med Arbetsförmedlingen (AF) och i viss mån med Försäkringskassan (FK) bitvis varit bristande. Medan FK har varit aktiv i styrgruppen och löst flera utmaningar på vägen har

representanter från AF inte varit lika aktiva. IPS-metodens principer som bygger på ett personcentrerat och integrerat arbetssätt som utgår från individens intresse, preferenser och resurser har inte passat in i den arbetslivsinriktade rehabiliteringens system och styrning, vilket är känt sedan IPS först började införas i Sverige. Att utgå från organisationens villkor hellre än att mötas runt en personcentrerad IPS-modell har påverkat möjligheten att följa alla principer även i detta projekt och medfört att IPS-metoden fått anpassas till organisationen.

Bakgrund och tidigare forskning

I Europa arbetar endast 10 - 20 procent av personer med psykos (Marwaha, Johnson, & Bebbington, 2007). I Sverige är siffrorna så låga som 8 procent och hela 60 procent av målgruppen har ingen sysselsättning alls (Nordström, Skärsäter, Björkman, & Wijk, 2009). Personer med förstagångspsykos har i och för sig en högre andel arbete jämfört med de som varit sjuka längre men andelen personer med psykos som arbetar minskar drastiskt under de första åren i kontakt med den psykiatriska vården (Rinaldi, Killackey, Smith et al., 2010). Dessutom är risken dubbelt så hög för de med psykos att lämna arbetsmarknaden jämfört med andra sjukdomstillstånd. Att drabbas av svår psykisk sjukdom vid relativt ung ålder gör att tillvaron blir komplicerad. Situationen försvåras ytterligare när professionella inom vård och omsorg samt närstående främst fokuserar symtombilden och patientrollen. Personer som har psykos är dessutom en stigmatiserad grupp där samhället har kommit att acceptera dem som "icke arbetsföra" (Marwaha et al., 2007). Studier visar att personer med psykos ofta har svårigheter att själva identifiera arbetsrelaterade mål samt har liten kunskap om hur arbetsmarknaden ser ut och de stödinsatser som finns att tillgå (Bassett, Lloyd & Bassett, 2001). Utan stöd till arbete finns en risk att de hamnar i en situation med få eller inga sociala kontakter och ökade negativa symtom som med tiden riskerar bli bestående psykiatriska funktionsnedsättningar (Bejerholm & Eklund, 2007). Detta är kostsamt både för den enskilde individen och samhället i stort (Nordström et al., 2009). Det finns ett stort behov av effektiva program som erbjuder mångsidigt stöd för att återfå och behålla konkurrenskraftig anställning. IPS är en sådan modell.

Forskning visar att arbete påverkar personer med psykos på ett positivt sätt. Arbete stärker självkänslan, främjar socialt samspel och integrering i samhällslivet (Areberg & Bejerholm, 2013; Bejerholm et al., 2015). Arbete utgör därför en central del i den personliga återhämtningen för de som drabbas av svår psykisk ohälsa (Bejerholm & Roe, 2018; Slade, 2009). För att svara mot behovet av arbete och återhämtning har en särskild modell, Individual Placement and Support (IPS), utvecklats. IPS skiljer sig från den traditionella rehabiliteringen genom att de personer som önskar och vill arbeta får direkt vägledning och stöd utifrån sina önskemål och intressen i att nå och få ett arbete (place then train) (Bond, Drake, & Becker, 2012). Detta ska ske så snabbt som möjligt efter insjuknande, utan stegvis och långvarig arbetsträning och arbetsförmågebedömningar i skyddade miljöer, enligt den traditionella modellen (train then place). Grundtanken i IPS är att personen redan har resurser och en arbetsförmåga som kan matchas direkt mot ett arbetstillfälle ute i det öppna samhället samtidigt som personen ges IPS-stöd på eller utanför arbetsplatsen så länge det behövs. Några viktiga hörnstenar i IPS för att arbetet ska fungera är det relationsbaserade samarbetet med arbetsgivaren och samordningen med det psykiatriska teamet. Tillsammans

med IPS arbetsspecialisten ska teamet snabbt kunna möta de psykiatriska behoven så att eventuella problem kan lösas. På så sätt kan ett sämre mående stabiliseras, förmågor främjas, en mer långsiktig karriär skapas, och perioder av sjukskrivning minimeras. IPS följer på det här sättet åtta principer som handlar om önskan att erhålla ett arbete på den öppna arbetsmarknaden, att alla som vill arbeta har behörighet, att påbörja processen att hitta ett arbete snabbt, IPS ska integreras i den ordinarie psykiatriska vården, metoden följer deltagarnas preferenser, intresse och resurser, alla deltagare får personligt relevant information från myndigheter avseende ekonomi (inkomst, bidrag), att arbetsspecialisterna på ett relationsskapande och systematiskt sätt upparbeta kontakter med arbetsgivare och skapa ett arbetsgivarnätverk med kollegor samt att IPS-stödet utgår från individens behov och så länge som personen önskar.

IPS-modellen har sedan länge en utarbetad skattning för programtrohet vilket underlättar både i det praktiska arbetet (arbetsspecialisterna kan checka av att de arbetar med "rätt" saker) och i de utvärderingar av följsamheten till IPS-metoden som behöver göras återkommande. Forskningen har också visat att hög programtrohet relaterar till arbetseffekt, d.v.s. ju högre programtrohet desto fler personer kommer ut i arbete och vice versa (Markström, Svensson, Bergmark, Hansson, & Bejerholm, 2018).

I Sverige har Socialstyrelsens nationella riktlinjer för personer med psykossjukdom givit IPS högsta prioritet eftersom modellen har visat sig vara den mest effektiva arbetsrehabiliteringsmodellen för att få och behålla ett arbete jämfört med stegvis eller traditionell arbetsrehabilitering (Socialstyrelsen, 2018). Följer man IPS och arbetar programtroget visar 28 randomiserade kontrollerade studier att ungefär hälften får arbete och bibehåller sin psykiska hälsa, bland annat tack vare att insatsen integreras med psykiatri (Bond, Lockett, & van Wheel, 2020).

Idag bedrivs IPS-verksamhet i ca 4 olika regioner inom psykiatri och därutöver i ca 40 olika kommunala enheter inom socialförvaltningen. I de psykiatriska verksamheterna är arbetsspecialisten en av professionerna inom ACT eller FACT-teamen. I de kommunala verksamheterna finns oftast en grupp av arbetsspecialister som arbetar utifrån den kommunala kontexten och i samarbete med psykiatri, AF och FK. Det finns även i någon mån arbetsspecialister som arbetar inom Fontänhusen med IPS-stöd. Förutom de nationella riktlinjerna där IPS prioriteras högst angående intervention för arbete, finns det på nationell strategisk nivå inte någon sammanhållen policy kring implementeringen av IPS men över tid har det bildats vad som skulle kunna kallas en lärande organisation i Sverige som bygger på den forskning som bedrivits framför allt vid Lunds universitet samt den erfarenhetskompetens som personal och brukare har. Sedan 2012 finns även en uppdragsutbildning i IPS på 7.5 poäng med nationellt intag.

Några studier från olika delar av världen har även utvärderat de hälsoekonomiska effekterna av IPS (Knapp et al., 2013, Dixon et al., 2002). Dessa studier är svåra att jämföra p.g.a. en varierad studiedesign men flera av studierna visar lovande resultat och tyder på att det finns goda ekonomiska skäl att implementera IPS både från ett samhällsekonomiskt perspektiv som ett individperspektiv.

Implementering

Det finns många olika faktorer som tagits fram i forskningen som visat sig kunna påverka implementeringen av en modell/metod i den praktiska verkligheten (Damschroder, Aron, Keith et al., 2009). Faktorerna kan delas in i olika nivåer, ifrån systemnivå, via organisationsnivå till team- eller utförarnivå (Damschroder, Aron, Keith et al., 2009, Bergmark, Bejerholm, & Markström, 2018, 2019). I den här utvärderingen ligger störst fokus på kontextuella faktorer på organisations- och utförarnivå samt att det fortlöpande stödet såsom finansiering, utbildning/fortbildning samt infrastruktur behöver vara på plats (Markström, Svensson, Bergmark, Hansson, & Bejerholm, 2018). I en systematisk översikt visas flera hindrande faktorer vid implementering av IPS som försvårar implementeringen och gör att det kan ta längre tid. De är främst relaterade till en dålig passform mellan IPS och det nationella övergripande systemet för arbetslivsinriktad rehabilitering som grundar sig i att individen behöver förändra sig och avancera stegvis i systemet för att komma vidare (train then place). Detta tycks gälla för flera olika länder i framför allt Europa (Bonfils Hansen, Stentoft Dalum & Falgaard Eplöv, 2017). Däremot har Norge lyckats med att implementera IPS inom NAV (FK+AF) med framgång (Sveindottir, Lie, Bondet al., 2019). Hursomhelst kan det vara svårt att införa en ny modell som inte passar in i den institutionella logiken och strukturen inom hälso- och sjukvård och andra rehabiliteringsaktörer. Här fokuseras främst på stegvisa insatser såsom behandling, färdighetsträning, bedömning av arbetsförmåga, arbetspraktik och subventionerade anställningar. Logiken i IPS handlar i stället om att samordna stödet och stärka individen genom att bygga på den kompetens som redan finns och hitta arbetstillfälle som matchar den. Stöd ges så tidigt som möjligt, utan träning, och alla som säger att de vill arbeta ska inkluderas i IPS. Det är alltså inte den professionelle som bör villkora insatsen (Bejerholm, Larsson, & Hofgren, 2011).

Andra hinder i implementeringen av IPS är den myndighetsuppdelning som är vanlig i en samhällsstruktur och som på flera sätt kan försvåra samarbetet sinsemellan. Detta gäller både på en högre strukturell nivå som på den lokala nivån (Bonfils, Hansen, Stentoft Dalum & Falgaard Eplöv, 2017). Olika sätt att underlätta samarbetet finns och i Sverige är kanske Samordningsförbunden (Finsam-organisationerna) den främsta organisatoriska modellen som ska främja samverkan. Det finns ändå utmaningar som kvarstår i utvecklingen av organisationers samarbeten, särskilt efter ett projektslut då finansiering upphör, personal avslutar och byter tjänster och styrgruppen avvecklas. Implementeringen behöver dock kontinuitet och det fungerar bäst om IPS blir en del av den ordinarie verksamheten istället för projektform.

I en nationell utvärdering av implementeringen av IPS i Sverige har flera faktorer väsentliga för införandet beskrivits (Bergmark, Bejerholm, & Markström, 2019, Markström, Svensson, Bergmark, Hansson, & Bejerholm, 2018, Markström, Bejerholm, Svensson, & Bergmark, 2015). Dels beskrevs en noggrann planering av implementeringen vara viktig i alla led, tillika att alla berörda parter utbildades i IPS-modellen, dels var det tydligt att planeringen behövde innehålla en långsiktig finansiering och utbildning samt fortbildning ifall metoden skulle kunna finnas kvar efter projekttid. Dessutom visade utvärderingen att hög programtrohet var väsentligt för implementeringen, liksom att samarbetet mellan och inom olika organisationer

fungerade väl (Bergmark, Bejerholm, & Markström, 2019, Markström, Bejerholm, Svensson, & Bergmark, 2015).

IPS-metoden skulle vid en första anblick kunna ses som en relativt enkel metod; den består av en arbetsspecialist som ger det huvudsakliga stödet till den person som vill förvärva ett arbete och det finns åtta huvudsakliga principer att följa i det stödet. Vid närmare eftertanke kan dock IPS-metoden kategoriseras som en komplex intervention med tanke på att den innehåller flera delar, den utgör en process, den innehåller överlappande delar där andra organisationer än psykiatrin behöver vara med i processen och besluten, den kräver expertis och stor social förmåga av arbetsspecialisterna och av själva modellen krävs en flexibilitet då den implementeras i olika lokala kontexter (Skivington, 2021). Implementering av komplexa interventioner, kan ses som införandet av en modell i ett stort system, där interventionen i sig måste samverka med olika delar av systemets kontext (Skivington, 2021). Trots komplexiteten har IPS kunnat implementeras i en mängd olika kontexter internationellt och i Sverige.

Syfte

Utvärderingens syfte är att undersöka införandet av IPS-modellen i psykosvården, både från ett individperspektiv och ett organisatoriskt perspektiv. Mer specifikt vill vi utvärdera effekten på arbetsutfall och olika aspekter av hälsa för personer med psykos som deltar i IPS, samt beskriva process och utfall av implementeringen av IPS i psykiatrisk psykosvård under 18 månader samt beskriva i hur hög grad projektet uppnår programtrohet enligt IPS-modellen.

Kontext

Projektet "Integrering av IPS i psykosvård" är ett samarbete mellan Samordningsförbundet Stockholms stad, Stockholm stad Arbetsmarknadsförvaltningen, Stockholm läns sjukvårdsområde innefattande Psykiatri Södra Stockholm och Psykiatri Norra Stockholm, Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan. Projektledaren är anställd på Arbetsmarknadsförvaltningen Alfa, Stockholms stad. Projektet syftar till att erbjuda målgruppen personer med psykos, arbetsrehabilitering enligt IPS. Projektets styrgrupp har representanter från alla ingående organisationer samt brukarorganisationerna Schizofreniförbundet och RSMH.

Utvärderingen följer fem olika psykosmottagningar, Serafen, mottagningen för nydebuterade, Gubbängen, Alvik och Södermalm, som ska implementera IPS-modellen. På varje mottagning finns en arbetsspecialist på heltid och på en av mottagningarna är det två arbetsspecialister som delar på en heltidstjänst, alla är anställda av Arbetsmarknadsförvaltningen, Alfa. Arbetsspecialisterna är utbildade i IPS sedan tidigare och har tillgång till kontinuerlig handledning i metoden. Varje arbetsspecialist ger IPS-stöd till sammanlagt 20 personer samtidigt.

Datainsamling

Utvärderingen är longitudinell och har följt projektet i 24 månader. Under utvärderingstiden har både kvantitativa och kvalitativa data insamlats. Uppföljning av arbete, studier och praktik

har gjorts var tredje månad, dokumenterat av arbetsspecialisterna i loggböcker och som en enkät till deltagarna vid baslinjen, 6, 12 och 18 månader. Utfallsdata har även samlats in från projektledaren för hela gruppen, d.v.s. alla personer som deltagit i projektet mellan april 2019 och november 2021. Utvärdering av hälsoaspekter har samlats in vid alla tillfällen. Däremot är dessa data inte kompletta, varför ingen jämförande statistik kan redovisas i slutrapporten. Däremot ger hälsodata en bild av målgruppen och deras hälsa vid projektstart. Implementeringsfaktorer har samlats in genom semi-strukturerade intervjuer vid två olika tidsperioder sommaren 2020 och hösten 2021. Underlaget utgörs också av dokumentation i form av minnesanteckningar från styrgruppsmöten och mötesmemon från utvärderarna då de varit på plats i Stockholm vid flera olika tillfällen. Representanter från Stockholms stad, Alfa, psykosmottagningarna och Samordningsförbundet är intervjuade.

Programtrohetsmätningar har gjorts var 6:e månad av projektledaren i samarbete med utvärderarna, där IPS programtrohetsskala använts tillsammans med dess manual som omfattar 25 frågor och berör bedömningsområdena *Personal, Organisation* och *IPS-verksamhet* (tjänster) (Becker, Swanson, Bond, & Merrens, 2008). Inför varje mättillfälle gjorde projektledaren en initial skattning utifrån datainsamlingen som föreslås i manualen. Frågorna skattades 1 - 5 och kriteriet för varje skalsteg beskrevs. En högre totalpoäng (25 – 125 poäng) indikerar bättre följsamhet till modellen. Därefter hade de två externa utvärderarna ett möte med projektledaren för att validera den preliminära skattningen.

- 115 – 125 poäng=stämmer mycket bra överens med IPS
- 100 – 114 poäng=stämmer bra överens med IPS
- 79 – 99 poäng=stämmer delvis överens med IPS
- 73 och lägre=stämmer inte överens med IPS

Dataanalys

Resultat angående arbete, studier och praktik har sammanställts och beskrivs i text. Dessa baseras både på en triangulering av data från projektledarens statistik, arbetsspecialisternas loggböcker och deltagarnas enkäter. Hälsodata från enkätundersökningarna på individnivå har sammanställts och presenteras både i text och tabell och speglar framför allt baslinjen (EQ5D, Inspire, QPR-7, Mansa). Få deltagare i undersökningen har svarat på 12 och 18-månadersenkäten, d.v.s. bortfallet är stort och jämförande analyser har inte kunnat göras. Det transkriberade textmaterialet från intervjuerna har analyserats med kvalitativ innehållsanalys gällande kritiska implementeringsfaktorer vid införandet av IPS-metoden med inspiration från forskningen (Markström, Svensson, Bergmark, Hansson, & Bejerholm, 2018).

Tabell 1: Bakgrundsfaktorer deltagare i IPS integrerat i psykosvård, N=44

Bakgrundsfaktor	n	(%)
Kön		
Kvinna	13	(30)
Man	31	(70)
Ålder (m)	39	
Diagnos		
Schizofreni	18	(42)
Bipolär sjukdom	10	(23)
Depression	7	(16)
Annan	18	(42)
Civilstånd		
Ej gift	33	(75)
Gift	8	(18)
Frånskild	3	(7)
Änka/Änkling	-	
Utbildning		
Grundskola	10	(23)
Gymnasium	18	(41)
Högskola/universitet	16	(36)
Samboendeform		
Bor själv	39	(87)
Partner el. förälder	10	(23)
Annan	6	(14)
Bostadssituation		
Självständigt boende	39	(87)
Boende med stöd, <24 tim	3	(7)
Boende med stöd, >24 timmar	1	(2)
Hemlös	1	(2)
Typ av behandling		
Medicinsk behandling	36	(88)
Stödsamtal	20	(49)
KBT	5	(12)
Psykodynamisk terapi	-	
Arbetsterapi/Fysioterapi	5/2	(12/5)

Resultat

Arbete, studier och praktik

Projektet har fram till november 2021 rekryterat 153 personer som deltagit eller deltar i IPS. Av dessa har 41 (27%) deltagare kommit ut i arbete, 19 (12%) i studier och 74 (48%) i praktik. En majoritet arbetar deltid och den vanligaste anställningen finns inom privat sektor. Av dessa har ca 67 deltagare avslutats, varav ca 40 p.g.a. någon form av ohälsa, Covid-19 inräknat. Resterande avslutade hade arbete vid avslut. Medelinkomsten för deltagarna med ersättning från FK eller socialtjänsten ligger mellan 8500 – 12000kr/mån. Ersättningarna utgörs framför allt av sjukersättning eller försörjningsstöd, och ett antal har sjukpenning eller aktivitetsersättning. Personer som gjort praktik under projekttiden har kvar sin ersättning från sjukförsäkringen. En majoritet av deltagarna har gjort praktik och många har haft flera praktikperioder utan att dessa har lett till arbete under uppföljningsperioden på 1 år eller mer. Ett högre antal deltagare har nu lön jämfört med baslinjen och de som blivit anställda har förbättrat sin inkomst.

Hälsomått

I instrumentet EuroQol 5 (EQ5D) ger olika dimensioner en överblick av självskattad hälsa och funktion bland deltagarna i samband med projektets start, se tabell 2. Den sista frågan är global och speglar det nuvarande hälsotillståndet på en övergripande nivå, på en skala mellan 0 och 100. Målgruppen hade god rörlighet, klarade personlig vård och ca 1/3 hade svårigheter med aktiviteter, liksom problem med smärta. Nedstämdhet och oro skattades som mer problematiskt. Deras övergripande hälsa skattades till 63 av 100.

Tabell 2: Euroqol 5D, egen skattad hälsa

EuroQol 5 Dimensions	
	Baslinje
Dimension	%
Rörlighet	
Jag går utan svårigheter	93
Vissa svårigheter	7
Jag är sängliggande	-
Hygien	
Jag behöver ingen hjälp med daglig hygien, mat, påklädning	93
Vissa svårigheter	5
Jag klarar ej	2
Aktivitet	
Jag klarar av mina huvudsakliga aktiviteter	68
Vissa svårigheter	23
Jag klarar ej	9
Smärtor	
Jag har varken smärtor eller besvär	72
Jag har måttliga smärtor/besvär	28
Jag har svåra smärtor/besvär	-
Oro/nedstämdhet	
Jag är inte orolig eller nedstämd	43
Jag är i viss utsträckning orolig eller nedstämd	46
Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd	11
Nuvarande skattat hälsotillstånd, mellan 0 - 100 (m), median	(63) 66

Instrumentet Brief Inspire (5 frågor) användes för att mäta i hur hög grad deltagarna (n=42) upplevde att de fick stöd av personal avseende sin personliga återhämtning. De 5 påståendena lyder: Personalen hjälper mig; att känna stöd från andra människor, att känna hopp kring min framtid, att känna mig nöjd med mig själv, att göra saker som har betydelse för mig samt att känna kontroll över mitt liv. Skalans vidd är mellan 0 – 100, där 0 betyder inget stöd och 100 betyder bästa möjliga stöd.

Medelvärdet på gruppnivå för deltagarnas skattningar vid baslinjen är 61.2

De lägsta skattningarna gällde "Personalen hjälper mig att göra saker som har betydelse för mig" och "Personalen hjälper mig att känna kontroll över mitt liv".

Högst skattningar hade "Personalen hjälper mig att känna stöd från andra människor" och "Personalen hjälper mig att känna hopp kring min framtid".

Process of Recovery Questionnaire (QPR-7) är ett instrument som är framtaget av forskare och brukare gemensamt och innehåller aspekter på den personliga återhämtningen vid långvarig psykisk funktionsnedsättning såsom psykos. Nedan anges andel deltagare som skattat ifall de sju påståendena om återhämtning stämmer överens med deras uppfattning eller inte.

Tabell 3: Aspekter av personlig återhämtning, N=43

Process of Recovery Questionnaire, QPR-7 Påstående	Andel i %				
	Stämmer inte alls	Stämmer inte	Varken eller	Stämmer	Stämmer helt
Jag trivs bättre med mig själv	4.7	4.7	20.9	44.2	25.6
Jag kan utveckla positiva relationer med andra människor	2.3	7.0	16.3	48.8	25.6
Jag kan stå upp för mig själv	4.7	9.3	9.3	51.2	25.6
Jag känner att mitt liv har ett syfte	2.3	11.6	27.9	27.9	30.2
Mina erfarenheter har förändrat mig till det bättre	9.3	2.3	20.9	46.5	20.9
Jag kan ta kontroll över mitt liv	9.3	7.0	20.9	41.9	20.9
Jag kan aktivt ta itu med mitt liv	4.7	7.0	25.6	46.5	16.3

Vid 12-månaders uppföljning ses en tendens, trots att färre deltagare svarat, att det är fler som skattar "Stämmer inte" för påstående "Mina erfarenheter har förändrat mig till det bättre" respektive fler som skattat "Stämmer inte" för påståendet "Jag kan ta kontroll över mitt liv". För övriga påståenden finns ingen större deskriptiv skillnad mellan baslinjen och vid 12 månader. Ingen jämförande statistik har kunnat genomföras.

Från livskvalitetsinstrumentet Mansa, anger deltagarna vid baslinjen att 45% är missnöjda med sin fysiska hälsa och ca 60% är missnöjda med sin psykiska hälsa. Den deskriptiva statistiken vid 12 månader visar att något färre deltagare missnöjda med sin fysiska och psykiska hälsa. Vid 12-månaders uppföljningen är 90% av deltagarna fortsatt nöjda med sina relationer till sin familj, i förhållande till baslinjen. Tillfredsställelsen med arbetsliv respektive fritidsaktiviteter vid baslinjen är jämnt fördelat mellan "missnöjd" till "helt nöjd" och "mer eller mindre nöjd". Vid 12 månader skattar en majoritet att de är "missnöjda" eller, "mer eller mindre nöjda" med sina fritidsaktiviteter. Detta gäller även arbetssituationen, fler skattar att de är "missnöjda med sin arbetssituation" eller att de är "mer eller mindre missnöjda" och "nöjda", vid 12 månader. Detta kan dock inte generaliseras och data behöver inte representera deltagare som fått arbete, studier och praktik. Sådana samband kan studeras framöver.

Programtrohet

Programtrohetsmätningarna har genomförts var 6:e månad under projektiden och sammanlagt har 5 mätningar gjorts (se Bilaga 1). Vad gäller område *Personal* skattas det till 15 av 15 möjliga poäng, genomgående. Från den sista programtrohetsmätningen noteras att arbetsspecialisterna i genomsnitt har haft 16 deltagare, några har haft ca 20 deltagare genomgående och andra färre. För AS är det väsentligt att fylla sin kvot med deltagare och det finns tecken på att olika faktorer har påverkat deltagarantalet. I området *Organisation* ingår att alla som vill arbeta och delta i IPS får det. Från start och även efter att projektet pågått i snart 3 år finns det fortfarande anledning att utveckla denna del ytterligare så att inte personal villkorar eller graderar vilka personer som ska få ta del av IPS. Samtidigt är det ett faktum att de olika psykosmottagningarna har olika kontexter och utgör olika arbetsplatser och därmed också har en egen process vad gäller införandet av IPS. Därför ser det lite olika ut på de olika mottagningarna.

Över lag vittnar de fem mätningarna på en stabil utveckling av IPS organisationen, framför allt vad gäller ökat fokus på konkurrensutsatt arbete, även om detta ändå skattas lågt, samt att ledningen ger stöd för insatsen inom psykiatrin. Däremot verkar integreringen av IPS och Arbetsförmedlingens insatser minska över tid. Här är det väsentligt att lyfta att IPS är en individualiserad insats där personal behöver lyssna in vad deltagaren vill och önskar ha för plan mot ett arbete. Det perspektivet har försvårats i samarbetet med Arbetsförmedlingen som har mer globala insatser för personer som är i behov av stöd för att komma tillbaka till arbete. Legitimiteten för IPS är därför inte särskilt hög inom Arbetsförmedlingen och metoden passar inte särskilt väl inom den organisationen så som regelverket ser ut just nu. På styrgruppsnivå har detta varit svårt att ha en dialog om då representanter för Arbetsförmedlingen periodvis varit frånvarande.

Vad gäller område *IPS-verksamhet*, är det viktigt att understryka IPS-principen "kontinuerligt stöd, stöd så länge det behövs på och utanför arbetsplatsen", som bland annat innebär att deltagare kan ha en paus från IPS men att arbetsspecialisterna har en uppsökande verksamhet där deltagarna har möjlighet att aktivera stödet igen. Det innebär att AS kan ha

fler än 20 deltagare eftersom stödet till olika deltagare inte är lika intensivt för alla och vissa hålls vilande i perioder.

Arbetspecialisterna har utökat sitt arbete med att uppsöka presumtiva arbetsgivare under det senaste projektåret, vilket också givit resultat i form av fler arbetsgivarkontakter och därmed en variation av arbetsplatser. I genomsnitt har det tagit 55 dagar tills deltagaren har träffat en arbetsgivare. AS har också kunnat arbeta med kontinuerligt stöd på arbetsplatsen där deltagaren har önskat det. Stödet har inneburit kommunikation med chefer och att bistå med information om deltagarens process till arbetet. Stödet har utformats efter deltagarens önskemål. Vissa deltagare har varit kvar i ett arbete för att få en lön och vara i gång under tiden som de funderat på vad de verkligen vill jobba med.

Att skapa nätverk och relationer med arbetsgivare behöver vara en stor del av AS uppsökande verksamhet för att deltagare ska hitta presumtiva arbetsgivare och detta område behöver utvecklas ytterligare så att ännu fler deltagare får en anställning. Den här principen är väsentlig för att skapa reguljära arbeten där deltagarna inte följer trappstegsmodellen samt förenklar processen att snabbt söka ett arbete som matchar deltagarens preferenser.

Sammantaget visar skattningarna att verksamheten inte når fullt ut med att bygga upp en utåtriktad verksamhet där AS träffar deltagarna ute i samhället, kan söka upp deras arbetsförmedlare samt regelbundet ta kontakt med arbetsgivare för att öka möjligheterna till konkurrensutsatt arbete. IPS är en uppsökande verksamhet där en stor del av arbetet sker ute i samhället.

Implementeringsperspektiv

I den här delen belyser vi faktorer som i forskning har visat sig kunna möjliggöra eller hindra en implementering av evidensbaserade metoder. För att avgränsa resultatredovisningen presenteras de faktorer som varit mest framträdande i projektet.

Utgångspunkten för att införa IPS i större skala och integrerat i psykosvården baseras på att IPS – modellen rekommenderas i de nationella riktlinjerna vid psykossjukdomar (Socialstyrelsen, 2018). Riktlinjerna baseras i sin tur på beslut tagna utifrån vetenskapen om att IPS – modellen är en evidensbaserad metod för målgruppen vad gäller att komma ut i arbete, vilket framgår i både nationell och internationell forskning (Bejerholm et al., 2015, Burns et al., 2007).

Faktorer på organisationsnivå

Legitimitet i de olika organisationerna

Legitimitet för IPS-modellen och att den anses som ”rätt metod” i den kontext där den ska implementeras är kritisk för en god implementering. I intervjuer framgår det att flera av psykosmottagningarna upplevde att de var beredda på att starta IPS-projektet därför att de ansåg att det fanns ett behov av en modell som kan erbjuda mer stöd till arbete för de personer som är knutna till mottagningen. På de mottagningar där det från början inte var

lika hög legitimitet tycks den nu ha stärkts. Cheferna på psykosmottagningarna har under det senaste året arbetat fram sin egen målbild för IPS på mottagningen. Flera chefer har varit mycket engagerade, dock har också flera bytt tjänst vilket har krävt en viss nystart vad gäller information och kunskap om IPS. För att legitimiteten ska hållas på en hög nivå krävs ett fortsatt arbete att utveckla och fatta beslut om IPS-verksamheten från cheferna men också, i synnerhet, från beslutsfattare högre upp i psykiatrins organisation.

Samarbete med andra organisationer

Flera principer i IPS-modellen handlar om samverkan och samarbete. Integreringen av IPS i den psykiatriska verksamheten är en sådan, och att berörda välfärdsaktörer som ansvarar för individens ekonomiska situation och bidrag samordnar sina insatser, såväl som att arbetsgivare blir involverade. Samarbetet över organisatoriska gränser mellan myndigheter med olika regelverk och uppdrag har dock fortsatt att vara en utmaning på flera sätt i projektet. Denna utmaning är bekant vad gäller implementering av IPS i olika välfärdssystem, som beskrivet ovan. Vilken typ av ersättningsform personer har från sjukförsäkringen och hur lång tid en person varit arbetssökande eller haft ersättning från sjukförsäkringen, styr till stor del vilka insatser som kan bli aktuella. När IPS-metoden möter dessa olika regelverk uppstår ofta krockar eftersom IPS handlar om att snabbt komma ut i ett arbete som personen själv önskar snarare än att genomgå flera bedömningssteg och ingå i insatser från Försäkringskassans samarbete med Arbetsförmedlingen eller insatser endast från AF. I olika kommuner i Sverige löser personalen inom IPS-verksamheterna dessa krockar genom att bygga upp ett tätt samarbete med både FK och AF på lokal nivå, som bådär för att processen till arbete eller studier i så stor utsträckning som möjligt ska följa IPS-deltagarens preferenser. I praktiken betyder det att vissa regelverk följs på ett flexibelt sätt medan vissa grundläggande principerna för IPS på flera sätt anpassas till systemet.

Inom det aktuella projektet har representanten från FK varit engagerad från start i styrgruppen och underlättat projektimplementeringen då svårigheter mellan organisationernas gränssnitt förekommit. Samverkan mellan arbetsspecialisterna och FK beskrivs som fungerande och AS upplever att de oftast fått det stöd som de behövt vad gäller frågor om ersättningsformer och informationsmöten tillsammans med IPS-deltagare. Trots detta har det också funnits fortsatta svårigheter i samarbetet på individnivå. Vid en långsiktig implementering behövs därför fortsatt kunskapsutbyte mellan IPS och Försäkringskassans chefer och handläggare för att IPS-processen inte ska stanna upp.

Den största utmaningen för projektet gällande samarbete har varit kontakten och dialogen med Arbetsförmedlingen på styrgruppsnivå, vilket också speglats i en utmaning för arbetsspecialisterna att samarbeta med Arbetsförmedlingen på handläggarnivå. I styrgruppen har representanter från Arbetsförmedlingen inte kunnat delta kontinuerligt och representanterna har skiftat. Detta har försvårat beslutsprocesser där det varit aktuellt att AF finns med och det har också försvårat utvecklingen av gemensam problemlösning som hade kunnat gynna deltagarna i IPS. Svårigheten för AF att finnas med och vara en aktiv part tycks mest berott på deras omorganisation som fortfarande pågår och därmed brist på beslut angående i hur hög grad de som organisation har haft möjlighet att delta. Flera åtgärder har vidtagits från styrgruppen kontinuerligt under projekttiden för att AF skulle bli mer delaktiga.

Direkta konsekvenser av samarbetssvårigheterna med AF på individnivå har varit långa väntetider vad gäller olika beslut, svårighet att nå ansvarig handläggare då dessa bytts ut och ett oorganiserat arbete i handlägningsprocessen. Arbetspecialisterna är vana vid att samarbeta med handläggare på Arbetsförmedlingen men uttrycker att efter AF:s omorganisation har de inte längre kunskap om nya kontaktvägar och regler som de behöver förhålla sig till. De beskriver också att deras arbetsprocess med IPS-deltagaren stoppas upp och förlängs på grund av dessa svårigheter. Detta påverkar i sin tur processen att påbörja ett arbete när arbetspecialisterna har arbetsgivare som är positiva till en anställning eftersom tiden för arbetsstart blir svårplanerad. Arbetspecialisterna har under projekttiden sett det som nödvändigt att göra en översikt av vilka personer som verkligen vill arbeta och få tillgång till IPS för att utröna ifall det finns pågående insatser hos andra organisationer som kan försvåra IPS-arbetet.

AS beskriver att vissa arbetsgivare gärna ser att en deltagare har en längre praktikplats först, innan de är beredda att säga ja till en anställning. Andra arbetsgivare är positiva till en kort praktik och sedan en diskussion kring anställning. Samtidigt, när en anställning ska påbörjas är många arbetsgivare vana vid att AF finns med som en part ifall arbetsmiljön behöver anpassas, vilket brukar utredas under en praktikperiod och finansieras av AF. AS uttrycker att det varit lättare att nå och få kontakt med mindre arbetsgivare i serviceyrken, där AS kunnat göra besök direkt i en butik eller liknande. Stora företag och offentlig sektor har varit svårare att nå för att diskutera rekrytering.

Faktorer på utförar- eller teamnivå

Integrering av arbetspecialister

Kunskapen om hur IPS-metoden fungerar var från början inte så utbredd bland personal på psykosmottagningarna men har ökat betydligt när AS har arbetat i samarbete med teamen på mottagningarna. Det har också blivit tydligt, enligt flera respondenter, att IPS gör stor nytta för de personer som har sin behandling på psykosmottagningarna genom att de kommit tillbaka till arbete eller påbörjat studier.

I praktiken innebär integrering av IPS i psykosvård att arbetspecialister utgår från psykosmottagningarna och blir en profession inom psykiatrin som ansvarar för stöd till arbete. Att som AS vara en del av personalen på psykosmottagningarna har underlättat mycket vad gäller kommunikationen och samarbetet dem emellan. Nu beskrivs integreringen i teamen på de olika mottagningarna som framgångsrik i de flesta fall, arbetspecialisterna är en del av teamet och kan lättare och tydligare kommunicera med de andra teammedlemmarna vad gäller frågor om återgång i arbete. Arbetspecialisterna framhåller att de i högre grad känner sig som en självklar del i teamet där deras information om olika personers process till arbete tas emot och diskuteras på ett annat sätt än tidigare. Rutiner har etablerats för denna kommunikation där mottagningarna har ändrat på teamens arbetssätt. Det är tydligt att det utvecklats ett nära samarbete mellan teammedlemmarna där alla jobbar för att stödja deltagarnas process till arbete. Kommunikationen beskrivs nu som en dialog där både AS och de andra teammedlemmarna lyssnar in varandra och uppskattar samarbetet eftersom alla får en sammanhållen syn på deltagarnas process. AS beskriver att

de har fått en ökad förståelse för vårdtyngden på mottagningarna, vilket kan medföra en risk att dialog om arbetsåtergång behöver nedprioriteras. Generellt sett beskriver dock arbetsspecialisterna en kvalitetshöjning av sitt arbete nu när de är mer integrerade i psykos-teamen. Att kunna prata och mötas i vardagen med personalen i psykiatrin upplevs som en stor förbättring av hela IPS-arbetet.

Ett ökat fokus på återgång i arbete har på flera mottagningar också givit effekten att rehabiliteringsperspektivet blivit tydligare och samverkan mellan AS och rehabiliteringspersonal har utvecklats och fått ta plats på flera mottagningar. Exempelvis har arbetsspecialister deltagit i den etablerade anhörigutbildningen på mottagningen vid ett tillfälle och informerat och haft en dialog om IPS och rehabilitering. Arbetsspecialisterna trycker på att deras närvaro på psykosmottagningarna har gjort att de lättare har kunnat arbeta med anhöriga, vilket varit väldigt värdefullt för IPS-deltagarna. Dessutom efterfrågar nu personalen inom psykiatrin ett nära samarbete med socialsekreterare och biståndshandläggare från kommunen, på så sätt har IPS -arbetet öppnat flera dörrar för ett utökat samarbete i den lokala kontexten.

Arbetspecialisterna reflekterar över att trots deras egen uppskattning av att arbeta på psykosmottagningarna och att ha nära till annan personal, finns det ändå en ensamhet i själva rollen som arbetsspecialist. Behovet att diskutera framkomliga vägar och olika frågeställningar kring arbetsprocesser är relativt stort och de veckovisa mötena räcker inte alltid till.

I intervjumaterialet framgår det att fyra av fem mottagningar med framgång har integrerat arbetsspecialisterna medan en mottagning inte tycks ha haft det engagemang och planering som krävs för att på ett bra sätt ta emot en ny yrkesroll i sitt arbete. På denna mottagning har kontinuiteten för arbetsspecialister brutits då flera har avslutat sitt arbete p.g.a. svårigheten att integreras i mottagningen. Följden har blivit att IPS-arbetet inte har etablerats under de två första åren. Under år 3 har dock åtgärder vidtagits via enhetschefen på Arbetsmarknadsenheten och projektledaren i samverkan med mottagningens chef och nu pågår en "nystart" av samarbetet kring IPS och en ny AS är rekryterad under 2021. AS arbetar nu mer tillsammans med case manager som också är mentor.

I intervjumaterialet finns även viss kritik från behandlingspersonal på vissa mottagningar vad gäller arbetsprocessen med att integrera arbetsspecialisterna. På de kontinuerliga avstämningsmöten som tagit plats på mottagningarna har upplevelsen varit att det funnits ett alltför stort fokus på siffrorna kring IPS, hur många som har kommit ut i arbete eller studier och mindre fokus på hur arbetet ytterligare kan utvecklas och hur samverkan sinsemellan förbättras. Således finns skäl att fortsätta med ett nära samarbete med plats för diskussioner för alla som är del av IPS-arbetet.

Diskussion

Projektet är påverkat på flera sätt av pandemin. En lång tid under 2020 kunde arbetsspecialisterna inte arbeta ute på mottagningarna eftersom restriktioner om hemarbete

rådde från deras arbetsgivare, Arbetsmarknadsenheten, Stockholm stad. Konsekvensen blev att AS och personalen på mottagningarna fick hålla kontakten via telefon och mejl, vilket i sin tur påverkade den utveckling kring teamsamarbete som hade påbörjats. Flera respondenter påpekar att de upplevde det som ett stort avbräck i arbetet tillsammans med psykosmottagningarna. Dessutom påverkades möjligheten att bygga upp kontakter med arbetsgivare. Innan pandemins början stod det klart att denna del av AS arbete hade ett stort utvecklingsbehov och en planering gjordes för detta. Då restriktionerna kom avbröts möjligheten att söka upp arbetsgivare personligen och göra besök på arbetsplatser, en strategi som annars visat sig positiv för att bygga upp ett nätverk. För vissa arbetsgivare var det också svårt att planera och fatta beslut om anställning under pandemin. Under 2020 hade arbetsspecialisterna även färre deltagare i sin kvot vilket till en del kunde bero på förutsättningarna under pandemin.

Programtrohet

Att implementera IPS-modellen i olika kontexter har framhållits som möjlig och det finns flera sätt att påverka en implementering i positiv riktning, bland annat genom att eftersträva hög programtrohet (Markström et al., 2015). Det kan dock finnas en risk att anpassningar av IPS-modellen gör att vissa kärnkomponenter försvagas och modellen blir mindre effektiv, det vill säga färre personer kommer ut i arbete. I Sverige har det visat sig att IPS inte helt passar in i den stegvisa arbetsrehabiliteringens struktur. Tidigare forskning visar att när deltagare behöver gå vägar via regelverk hos myndigheterna så förlängs tiden avsevärt till anställning på den reguljära arbetsmarknaden parallellt med att deltagarens preferenser inte kan följas (Bejerholm, Larsson, & Hofgren, 2011). Samtidigt är kärnan i IPS det individuella perspektivet på stöd och samordning vilket alltid behöver beaktas. Genom att IPS anpassas till en annan struktur där deltagaren behöver följa de mer globala insatserna för arbetsåtergång finns det en risk att IPS-metoden tappar sin kärnkomponent gällande individualiserad insats och även principen att snabbt träffa arbetsgivare och få möjlighet att komma ut i arbete, och därmed sänks också programtroheten. Den här utmaningen är inte ny, som beskrivits i bakgrunden, det finns dokumenterade svårigheter att implementera IPS i en välfärdskontext där organisationers regelverk står i centrum snarare än individens perspektiv. En spegling av det här i nuvarande projekt är bland annat att en majoritet av deltagarna har praktik medan färre har en anställning. I projektet finns det därför skäl att fortsätta arbeta för ett mycket närmre samarbete med Arbetsförmedlingen för att tillsammans kunna hitta flexibla lösningar där IPS-deltagarens preferenser är i fokus och där processen till arbete förkortas.

IPS behöver vara en uppsökande verksamhet som har en närhet till samhället, dels för att arbetsspecialisterna ska kontakta arbetsgivare kontinuerligt och ha nära kontakt med arbetsförmedlare, dels för att göra mycket av planeringen tillsammans med deltagaren ute i samhället. Förutom teamarbetet på psykosmottagningarna behöver arbetsspecialister ägna stor del av sitt arbete ute i samhället och detta skattas även i programtrohetsmätningen. Vid delrapporten konstaterades att det här arbetsättet behövde utvecklas, vilket det också gjorde men tyvärr påverkades det av pandemins begränsningar. Här behövs en fortsatt utveckling under resterande projekttid så att alla arbetsspecialister känner sig bekväma med att jobba utåtriktat mot arbetsgivare och att bygga rutiner kring att föreslå/fråga deltagare om att träffas på allmän plats för sina möten.

Personlig återhämtning

IPS går hand i hand med individers personliga återhämtning. Att följa ett eget uppsatt mål att komma tillbaka till studier eller arbete hjälper många människor i sin återhämtning efter eller under sjukdom. Arbetsspecialisterna ger stöd i den processen i samarbete med teamet inom psykiatri. IPS-metodens sätt att arbeta skiljer sig dock från psykiatrins sätt och det krävs ett möte och ett intresse för varandras metoder ifall ett arbetsinriktat stöd ska kunna integreras i psykiatri. Här är utbildning om varandras arbete och organisation en förutsättning vid en implementering. I delrapporten diskuterades behovet av utbildning i IPS-metoden för flera personalkategorier inom psykiatri, dels för att flera skulle kunna prata om arbete/studier med patienterna som de möter, dels för att få en förståelse för perspektivet personlig återhämtning i relation till klinisk återhämtning. Utöver det har det även funnits ett behov av kunskapsinhämtning från arbetsspecialister om psykiatrins arbetsmetoder och organisation. Det här kunskapsutbytet har i projektet skett framför allt inom teamen. För att ytterligare öka samarbetet och förståelsen för varandras olika perspektiv behöver gemensamma arbetsmöten och utbildningstillfällen skapas av verksamhetscheferna vid en fortsatt implementering (Hillborg, Bergmark, & Bejerholm 2020). Ett inslag i det arbetet kan vara att personer med egen erfarenhet av IPS informerar och berättar om sin personliga återhämtning eftersom det ger en konkret bild av vilken nytta IPS-stödet kan ha. Ökad kunskap och samarbete kan då utvecklas till att båda återhämtningsperspektiven får ta plats och finnas med i personalens stöd till alla som är patienter på mottagningen.

Ett ytterligare sätt att förstärka ett personcentrerat arbetssätt inom det pågående IPS-arbetet är att arbetsspecialisterna tillsammans med teamet fortsätter att prata om de erfarenheter deltagare får och tar med sig efter att en praktikplats eller en anställning tar slut. Det är väsentligt för att deltagarens eget perspektiv på sin erfarenhet ska vara i fokus för att gemensamt diskutera hur vägen framåt ska fortsätta. IPS-stödet är långsiktigt och deltagare kan under en period påbörja och avsluta flera arbets-, studier-, eller praktikperioder och just i det skedet är stödet från hela teamet väsentligt. För att IPS ska bli långvarigt inom psykiatri behöver olika strukturer för det här samarbetet formos. Här har projektet kommit en bit på vägen, det ser olika ut på de olika mottagningarna men ett fortsatt arbete krävs generellt för att IPS ska ha en självklar plattform. Kanske behövs fler diskussionsforum kring samarbetet för att lyfta den fortsatta utvecklingen eftersom breda diskussioner bland många i personalen som förväntades engagera sig i IPS inte fanns med från start eller inte har prioriterats tidsmässigt. I delrapporten beskrevs vikten av att case managers får kunskap om IPS för att skapa ett starkt samarbete med arbetsspecialisterna. Detta för att ge förutsättningar för att skapa förtroende och tillit mellan arbetsspecialister och personal inom psykiatri, vilket i sin tur gynnar IPS-deltagarna. På mottagningarna pågår den här utvecklingen just nu i positiv riktning.

Politiska beslut och strategier för lokal finansiering

Att införa IPS i psykiatri ligger väl i linje med de vårdförlopp som utvecklats för personer med psykos där sysselsättning och arbete har fått ta plats. Nuvarande projekt strävar efter att nå ett samarbetsavtal mellan Stockholms stad och Psykiatri Stockholm. Något sådant avtal är inte klart ännu vid denna utvärdering men ett förslag är framarbetat av implementeringsgruppen från projektets styrgrupp och skickat till beslutsansvariga.

Samarbetsavtalet går ut på att ha en överordnad samordnare från psykiatrin för IPS-verksamheten, där arbetsspecialisterna ska fortsätta att vara anställda inom Stockholms stad men arbeta integrerat på psykosmottagningarna.

Sammantaget är det väsentligt att påpeka vikten av att personer med svår psykisk ohälsa verkligen får tillgång till interventioner som IPS som är evidensbaserad för målgruppen, för att personer som drabbas av psykosjukdom inte ska exkluderas i samhället. För att det ska ske krävs en politisk vilja och politiska beslut att evidensbaserade metoder ska införas så att alla personer i målgruppen som vill ha stöd från en IPS-verksamhet ska få det. Det är också väsentligt med en långsiktig finansiering efter projektslut och ett uthålligt ledarskap på de psykiatriska mottagningarna där IPS bedrivs. För en långsiktig IPS-verksamhet behövs både ett strukturellt stöd och en utveckling av samarbetet med de berörda grupperna (Drake, Becker & Bond, 2020).

Referenser

- Areberg, C., & Bejerholm, U. (2013). The effects of IPS on participants' engagement, quality of life, empowerment and motivation - a randomized controlled trial. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 20(6), 420-428.
- Bassett, J., Lloyd, C., & Bassett, H. (2001). Work issues for young people with psychosis: Barriers to employment. *British Journal of Occupational Therapy*, 64(2), 66-72.
- Becker, D., Swanson, S., Bond, G., & Merrens, M. (2008). *Evidence-Based Supported Employment Fidelity Review Manual*. Dartmouth: Dartmouth Psychiatric Research Centre.
- Becker, D. R., Drake, R. E., & Bond, G. R. (2014). The IPS supported employment learning collaborative. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 37, 79-85.
- Bergmark M, Bejerholm U, Markström U. (2019). Implementation of evidence-based Interventions: analyzing critical components for sustainability in community mental health services. *Social Work and Mental Health*, 17(2),129-48.
- Bejerholm, U., & Eklund, M. (2007). Occupational engagement in persons with schizophrenia: Relationships to self-related variables, psychopathology, and quality of life. *American Journal of Occupational Therapy*, 61(1), 21-32.
- Bejerholm, U., Larsson, L., & Hofgren, C. (2011). IPS illustrated in a Swedish welfare system- A case study. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 35(1), 59-72.
- Bejerholm, U., Areberg, C., Hofgren, C., Sandlund, M., & Rinaldi, M. (2015). Individual Placement and Support in Sweden- A randomized controlled trial. *Nordic Journal of Psychiatry*, 69 (1), 57-66.
- Bejerholm, U., & Roe, D. (2018). Personal Recovery within Positive Psychiatry. *Nordic*

- Bond, G., Drake, R., & Becker, D. (2008). An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31, 280-290.
- Bond, G., Drake, R., & Becker, D. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support model of supported employment outside the US. *World Psychiatry*, 11, 32-39.
- Bond, G.R., Lockett, H., & van Weeghel, J. (2020). International growth of individual placement and support. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 29, e183, 1-3.
- Bonfils, I. S., Hansen, H., Stentoft Dalum, H & Falgaard Eplov, L. (2017). Implementation of the individual placement and support approach – facilitators and barriers. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 19 (4), 318-333.
- Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., & Knapp, M. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370(9593), 1146-1152.
- Damschroder, L. J., Aron, D. C., Keith, R. E., Kirsh, S. R., Alexander, J. A., & Lowery, J. C. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for implementation science. *Implementation Science*, 4 (1), 50.
- Dixon, L., Hoch, J. S., Clark, R., Bebout, R., Drake, R., McHugo, G., & Becker, D. (2002). Cost-effectiveness of two vocational rehabilitation programs for persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*, 53(9), 1118-1124.
- Drake, R., Becker, D., Bond, G. (2020). Growth and sustainment of Individual Placement and Support. *Psychiatric Services*, 71 (10).
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasé, K. A., & Friedman, R. M. (2005). *Implementation research: a synthesis of the literature*. Tampa, Florida: University of South Florida.
- Hillborg, H., Bergmark, M., & Bejerholm, U. (2020). Implementation of individual placement and support in a first-episode psychosis unit: A new way of working. *Social Policy, Administration*, Open Access. 1-14.
- Knapp, M., Patel, A., Curran, C., Latimer, E., Catty, J., Becker, T., . . . Burns, T. (2013). Supported employment: cost-effectiveness across six European sites. *World Psychiatry*, 12(1), 60-68.
- Lexén, A., Emmelin, M., & Bejerholm, U. (2016). Individual Placement and Support is the keyhole: Employer experiences of supporting persons with mental illness. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 44 (2), 135–147.
- Markström, U., Bejerholm, U., Svensson, B., & Bergmark, M. (2015). *Implementeringen av nationella riktlinjer för psykosociala insatser vid schizofreni-exemplet IPS och ACT*. Centrum för Evidensbaserade Psykosociala Insatser, Umeå Universitet, Lunds universitet.

- Markström, U., Svensson, B., Bergmark, M., Hansson, L., & Bejerholm, U. (2018). What influences a sustainable implementation of evidence-based interventions in community mental health services? Development and pilot testing of a tool for mapping core components. *Journal of Mental Health, 27*(5):395-401. 2018.
- Marwaha, S., Johnson, S., Bebbington, P., Angermeyer, M., Brugha, T., & Azorin, J. e. a. (2007). Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *British Journal of Psychiatry, 191*, 30-37.
- Nordström, M., Skärsäter, I., Björkman, T., & Wijk, H. (2009). The life circumstances of persons with a psychiatric disability: a survey in a region in southern Sweden. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 16*, 738-748.
- Rinaldi, M., Killackey, E., Smith, J., Shepherd, G., Singh, P., & Craig, T. (2010). First episode psychosis and employment: A review. *International Review of Psychiatry, 22*(2), 148-162.
- Slade, M. (2009). *Personal Recovery and Mental Illness-A Guide for Mental Health Professionals*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Socialstyrelsen (Red.). (2011). Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd-Stöd för styrning och ledning. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (Red.). (2018). *Nationella riktlinjer för vård och stöd vid schizofreni och schizofreniliknande tillstånd-Stöd för styrning och ledning*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Sveinsdottir, V., Lie, S. A., Bond, G. R., Eriksen, H. R., Tveito, T. H., Grasdahl, A., & Reme, S. E. (2020). Individual placement and support for young adults at risk of early work disability (the SEED trial). A randomized controlled trial. *J Work Environ Health 46*(1):50-59

Bilaga 1

Poängutveckling i projektet IPS integrerat i psykosvården mätning 1 - 5

	Personal	Poäng 191119	Poäng 200507	Poäng 201117	Poäng 210517	Poäng 211117
		15/15 p	15/15 p	15/15p	15/15p	15/15 p
1	Deltagargruppens storlek	5	5	5	5	5
2	Arbetspecialisternas sysselsättning	5	5	5	5	5
3	Arbetspecialisternas helhetsansvar	5	5	5	5	5
	Organisation	29/40 p	26/40 p	31/40 p	33/40p	33/40 p
1	Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom kopplingen till behandlingsteam	5	5	5	5	5
2	Arbetsrehabiliteringen integrerad i den psykiatriska behandlingen genom tät kontakt med behandlingsteam	4	1	4	4	5
3	Samarbete mellan arbetspecialister och arbetsförmedlare	3	3	4	3	2
4	Arbetsgrupp	5	5	5	5	5
5	Handledarens roll	3	3	4	4	4
6	Inga uteslutningskriterier	4	4	4	5	5
7	Verksamheten fokuserar på konkurrensutsatt arbete	2	2	2	3	3
8	Ledarna för verksamheten stödjer IPS	3	3	3	4	4
	IPS verksamheter	48/70 p	47/70 p	52/70p	51/70p	
1	Ekonomisk rådgivning	5	5	5	5	5
2	Frivilligt att berätta om funktionsnedsättningen	5	5	5	5	5
3	Kontinuerliga bedömningar av deltagarens arbetserfarenheter	3	3	4	4	4
4	Snabbt sökande efter ett konkurrensutsatt arbete	4	3	3	3	4
5	Individuellt arbetssökande	5	5	5	5	5
6	Utveckla arbeten – täta besök hos arbetsgivare	1	1	3	2	3
7	Utveckla arbeten – skapa relationer till arbetsgivare	4	4	4	4	4
8	Olika slags arbeten	5	5	5	5	5
9	Olika arbetsgivare	5	5	5	5	5
10	Konkurrensutsatta arbeten	1	1	1	1	2
11	Uppföljande stöd anpassat efter individen	4	4	4	4	4
12	Uppföljande stöd under obegränsad tid	3	3	4	4	4
13	Samhällsbaserade tjänster	1	1	1	1	1
14	Aktivt uppsökande verksamhet	2	2	3	3	3
	TOTALT ANTAL POÄNG	92 p	88 p	98 p	99p	102p
	115-125 p = Stämmer mycket bra överens med IPS 100-114 p = Stämmer bra överens med IPS 74-99 p = Stämmer delvis överens med IPS 73 p och mindre = Stämmer inte överens med IPS					